N° 69

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

# LA VERSION ET LE FORCEPS

DANS

## LES RÉTRÉCISSEMENTS MODÉRÉS DU BASSIN

CHEZ LA FEMME A TERME

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 20 Juillet 1898**

PAR

**Octave DERAMOND**

Né à Saint-Joseph (Ile de la Réunion), le 29 décembre 1871

EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1895)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER (CONCOURS 1895 ET 1897)

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Hygiène. . . . . | MM. BERTIN-SANS. |
| Id. RAUZIER (Ch. du c.) | |
| Clinique médicale . . . . . | GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale. . . . . | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol. . . . . | GRYNFELTT. |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale. . . . . | IMBERT |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale. . . . . | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . . | VILLE. |
| Physiologie. . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne. . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . | GILIS. |
| Opérations et appareils . . . . . | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | N... |
| Id. Bosc (Ch. du c.) | |

*Doyen honoraire :* M. MAIRET (✻).
*Professeurs honoraires:* MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements. . . . . | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | ESPAGNE, agr. lib. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. MOITESSIER | MM. VALLOIS |
| LECERCLE | BOSC | MOURET |
| RAUZIER | DE ROUVILLE | DELEZENNE |
| LAPEYRE | PUECH | GALAVIELLE |

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. GRYNFELTT, *président.* | MM. PUECH, *agrégé.* |
| FORGUE, *professeur.* | VALLOIS, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

O. DERAMOND.

A M. LE DOCTEUR GRYNFELTT

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

A M. LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR-AGRÉGÉ

O. DERAMOND

# INTRODUCTION

Ce travail nous a été conseillé par M. le professeur-agrégé Vallois. Nous l'avons accepté avec d'autant plus d'empressement que bien des fois nous avons entendu des femmes, arrivées au terme de leur grossesse et ne pouvant accoucher spontanément à cause d'un rétrécissement du bassin, refuser catégoriquement la symphyséotomie. L'une d'entre elles, à qui l'on proposait, sous le jour le plus favorable, cette opération comme étant la seule ressource pour sauver son enfant, répondit : « Sacrifiez-le plutôt ; on peut en faire d'autres après celui-là ».

Nous nous sommes donc demandé quelle devrait être la conduite du praticien en présence de tels cas. Dans notre travail, nous n'avons en vue que les bassins moyennement rétrécis, comprenant, d'après Paul Dubois, ceux qui mesurent 7 c. 1/2 à 10 c. de diamètre promonto-pubien minimum. Nous n'avons nullement l'intention de considérer tous les vices de conformation que l'on peut rencontrer, tels que les bassins cyphotiques, coxalgiques, etc., etc.

Notre but est plus modeste : nous ne parlerons que des bassins rétrécis d'avant en arrière au détroit supérieur, les autres diamètres étant sensiblement normaux. Et, de fait, ces sortes de viciations sont celles que l'on rencontre le plus en pratique.

Pour ce qui concerne le fœtus, nous le considérerons comme vivant, à terme, se présentant par l'extrémité céphalique en position transversale. Pour les conclusions nous nous appuierons surtout sur les quelques cas que nous avons vus en Clinique.

En présence d'une femme ayant un bassin aplati d'avant en arrière, le fœtus vivant, à terme, se présentant par le sommet et l'accouchement ne pouvant se terminer spontanément, que fera le praticien si la femme refuse la symphyséotomie ? Attendra-t-il paisiblement que les bruits du cœur disparaissent pour porter sans remords le basiotribe sur le crâne de l'enfant ? ou bien — ce qui sera plus louable — tâchera-t-il d'intervenir dans le but de sauver et la mère et l'enfant, et dans ce cas devra-t-il, pour terminer l'accouchement, avoir recours au forceps ou à la version ?

Il est inutile de dire ici combien cette question du forceps et de la version dans les rétrécissements du bassin est une question épineuse et discutée. Nous n'avons pas la prétention de la résoudre. Encore une fois, dans notre travail, nous ne voulons étudier que quelques cas que nous avons vus.

Dans un premier chapitre nous nous demandons si on pourrait se baser, pour faire un choix entre le forceps et la version, sur ce qui a été dit théoriquement et fait expérimentalement par les partisans de l'une ou l'autre opération. Nous constatons que la chose est impossible.

La statistique peut-elle résoudre la question, c'est-à-dire nous faire préférer la version au forceps ou réciproquement ? Pour répondre à cette question, nous nous sommes mis à étudier les statistiques émanant d'un même accoucheur d'une même clinique, persuadé que les résultats ainsi obtenus devaient avoir, pour la question, une valeur supérieure à ceux obtenus avec des statistiques provenant de divers services.

Aussi avons-nous fait des recherches, en premier lieu, dans les registres de la Clinique de Montpellier depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis que M. le professeur Grynfeltt est chef de service. Nous n'avons rencontré qu'un nombre très restreint de cas : le bassin des femmes de l'Hérault serait, paraît-il, bien conformé.

Nous avons alors porté nos recherches sur les deux plus grandes statistiques qui ont paru dans ces dernières années : celle de Stanesco (416 cas) et celle de Rigaud (396 cas). Cette étude nous a montré que la statistique aussi bien que la théorie étaient impuissantes à nous tracer une ligne de conduite dans les bassins rétrécis.

Mais si la statistique ne nous a rien appris quant au choix que nous devions faire entre le forceps ou la version, elle nous a appris du moins que, dans une multitude de cas, l'accouchement même dans les bassins très rétrécis (8 c.) pouvait avoir lieu spontanément.

Dans un second chapitre, nous rapportons des cas cliniques (3 observations) où, la tête étant mobile au détroit supérieur, des versions terminaient l'accouchement alors que des applications préalables de forceps étaient incapables d'extraire l'enfant. Nous rapportons, en outre, dans ce même chapitre, trois autres observations où, la tête étant mobile au détroit supérieur, la version d'emblée a réussi à terminer l'accouchement.

Sur ces trois observations, l'une est vraiment remarquable : une même femme dans un accouchement antérieur ne peut être délivrée, après plusieurs applications de forceps, que par la version (obs. III) qui ramène un enfant mort. L'année suivante, se présentant de nouveau à la Clinique, la version d'emblée (obs. IV) donne à cette femme un enfant vivant.

Ces six cas ont été observés : un à la Clinique de Mont-

pellier, pendant que le docteur Vallois remplaçait M. le professeur Grynfeltt ; quatre à la Clinique de Marseille. M. le docteur Lop, chef de clinique à l'Ecole supérieure de Marseille, a bien voulu nous permettre de les publier avant même d'en faire la communication au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, qui aura lieu en octobre prochain. Enfin la sixième a été publiée par le docteur Budin, en mai 1897. Dans ce même chapitre, nous avons essayé, en dernier lieu, d'interpréter les causes qui avaient amené l'échec du forceps.

Dans un troisième et dernier chapitre, nous considérons des cas où la tête étant fixée, le forceps a donné d'excellents résultats. Après un résumé des différentes façons dont les auteurs appliquent le forceps au détroit supérieur, nous concluons à l'application oblique.

Suivent quatre observations. Deux sont dues à l'obligeance du docteur Vallois ; les deux autres ont été publiées par le docteur Budin.

Pour terminer, nous essayons de tirer quelques conclusions sur l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis.

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

# LA VERSION ET LE FORCEPS

DANS LES

# RÉTRÉCISSEMENTS MODÉRÉS DU BASSIN

CHEZ LA FEMME A TERME

---

## CHAPITRE PREMIER

### I

### IMPOSSIBILITÉ, D'APRÈS LA THÉORIE, L'EXPÉRIMENTATION ET LES STATISTIQUES, DE FAIRE UN CHOIX ENTRE LA VERSION ET LE FORCEPS

La question du mode de terminaison de l'accouchement dans les bassins rétrécis est une de celles qui ont le plus préoccupé les accoucheurs. Aujourd'hui encore, cette question est très discutée et l'accord est loin de se faire : Est-ce avec les forceps ? est-ce avec la version qu'on doit terminer l'accouchement dans les bassins rétrécis ?

Avant que le forceps fût connu, on avait recours à la version dans presque tous les cas d'accouchements difficiles. Ætius et Paul d'Égine furent les premiers qui firent la version pour des enfants vivants. Plus tard Ambroise Paré et surtout Guillemeau,

son élève, firent avec succès la version podalique. Au siècle suivant, Hugh Chamberlen, qui inventa le forceps droit (1647), avait la prétention d'accoucher toutes les femmes avec cet instrument en moins d'un demi quart d'heure. Mais, comme le rapporte Mauriceau (1), s'étant rendu auprès d'une femme qui présentait un bassin extrêmement rétréci, Chamberlen ne put parvenir à terminer l'accouchement, quoiqu'il eût travaillé « trois heures durant ».

Ce forceps droit, en effet, ne pouvait servir à faire l'extraction que lorsque la tête était déjà dans l'excavation ou sur le périnée. Pour qu'un instrument pût rivaliser avec la version, il fallait qu'il pût aller saisir la tête au détroit supérieur. Aussi n'est-ce qu'à partir de Levret et de Smellie, qui nous ont donné le forceps à double courbure, que la question présente un véritable intérêt et que deux partis se forment. Les partisans de la version sont aussi nombreux et illustres que ceux du forceps. Levret, Mme Lachapelle, Cazeaux, Simpson, qui fait paraître un long mémoire théorique en faveur de la version, Schrœder, Barnes, Payflair, Goodell, Milne, préconisent la version. Smellie, Stein, Baudelocque, Flamant, Paul Dubois, Nœgelé, Joulin, Stoltz, Depaul, sont partisans du forceps. Les uns et les autres soutiennent leurs préférences par des théories, des expériences et des faits provenant de leur pratique journalière.

Essayons d'examiner tout ce que les auteurs ont dit au sujet de la version et du forceps dans les bassins rétrécis ; et pour porter un peu de lumière et d'ordre dans cette question, faisons appel à des raisons de trois ordres : théoriques, expérimentales et cliniques.

---

(1) *Traité des maladies des femmes grosses*, observ. XXVI, t. II, page 23.

Au point de vue théorique, il nous semble qu'il est impossible de juger la question. Simpson, partisan de la version, écrit : « Le crâne fœtal a la forme d'un cône à base supérieure et, quand l'enfant passe par les pieds d'abord, la partie inférieure et la plus étroite de ce cône est généralement assez petite pour s'engager dans le détroit supérieur rétréci ». Simpson compare le crâne fœtal à un cône tronqué qui s'enfoncerait dans le bassin par sa petite extrémité, ou encore à un A que l'on voudrait faire passer dans une ouverture oblongue O, dont le diamètre est un peu moindre. La pointe de l'A correspond aux pieds du fœtus, la barre transversale à la base du crâne incompressible, et les deux branches divergentes représentent la voûte élastique et compressible (bosses pariétales). Il ajoute que « cela sera facile si on le tire avec la » pointe en avant, ou l'enfant par les pieds, parceque les » branches divergentes de l'A se compriment sur les faces de » l'O, tandis que si on essaie de faire pénétrer sa base large » ou le vertex de la tête, plus on presse, plus on l'accroît au » lieu de le diminuer en l'aplatissant contre les côtés de » l'ouverture et en faisant que ses parois divergent et s'élar- » gissent au lieu de converger et de se resserrer ».

Joulin, partisan du forceps, n'accepte pas la comparaison de Simpson : le passage de l'A à travers l'O. « Le vertex, dit- » il, relativement aux bosses pariétales, forme le sommet d'un » cône, plus court, il est vrai, que celui qui est limité par le » diamètre bi-mastoïdien et les bosses pariétales ; mais il » n'offre aucun point de comparaison entre les deux branches » divergentes qui forment la base de l'A, et, de plus, on n'a » jamais vu le vertex s'aplatir sur le bassin. Il suffit d'exa- » miner la disproportion des parties pour comprendre qu'un » cône ne pourra jamais s'aplatir sur un cercle qui ne tou- » che que par deux points de sa circonférence, laissant le » sommet en rapport avec le vide ».

« J'ajouterai, continue-t-il, que, dans les cas les plus fré-
» quents, c'est-à-dire lorsque le travail dure depuis longtemps,
» la tête est fortement fléchie, et alors ce n'est pas le bregma
» qui se présente, mais bien un point très voisin de l'occiput
» qui forme le sommet d'un cône ayant pour base les bosses
» pariétales et qui présente plus de hauteur que le cône pariéto-
» mastoïdien et une épaisseur moindre au sommet. Cette
» observation, que le premier je formule, infirme toute la
» théorie de Simpson ; car il est clair que, si la version
» n'amène au détroit supérieur qu'un diamètre égal à celui que
» le forceps vient y saisir, l'opération reste avec tous ses
» dangers sans aucune compensation ». La réfutation de Joulin est si éloquente que son mémoire est couronné par l'Académie.

La théorie est impuissante à enseigner au praticien la conduite qu'il devra tenir en présence d'un bassin rétréci.

Les preuves expérimentales peuvent-elles trancher la question du forceps et de la version? Des démonstrations ont été faites sur des bassins en bronze avec des fœtus morts à terme. Les bassins pouvaient être rétrécis à volonté. Les fœtus étaient placés dans lesdits bassins, soit en présentation du sommet, soit en présentation du siège. On se servait de plus d'un dynamomètre afin de mesurer la force déployée pour extraire le fœtus, soit par le forceps, soit par la version. Joulin, le premier, expérimenta dans ces conditions, et il arriva à ces conclusions qu'avec le forceps les tractions étaient beaucoup moindres qu'avec la version, que dans cette dernière opération des lésions graves se produisaient du côté du bulbe et des vertèbres cervicales.

M. Budin, dans sa thèse intitulée de la *Tête fœtale au point de vue de l'obstétrique* (1), est arrivé aux conclusions suivan-

(1) Thèse de Paris, 1876.

tes : Lorsque le fœtus est à terme, on l'extrait plus facilement avec le forceps que par la version ; sur des fœtus avant terme, au contraire, la traction est toujours beaucoup moindre lorsqu'on a fait la version que lorsqu'on emploie le forceps. Mais M. Budin ajoute aussitôt : « Nous ne donnons ces résultats » qu'en faisant des réserves. Ils ne s'appliquent, en effet, » qu'à nos recherches expérimentales et il serait possible » qu'en pratique on obtînt des résultats tout à fait différents ».

Tout en faisant ressortir l'intérêt de ces expériences, certains auteurs pensent qu'il est difficile de conclure des résultats obtenus sur des fœtus morts à ce qui se passe sur le vivant. « Ce n'est pas avec des hypothèses ingénieuses, des théories » et des recherches expérimentales habiles, qu'on parviendra à » résoudre la question de la version et du forceps dans les » bassins rétrécis, dit Matthews Duncan (1) ; l'observation » clinique et la statistique pourront seules permettre d'arriver » à une solution définitive ».

La clinique et les statistiques peuvent-elles, comme le prétend Duncan, permettre de juger la question ? Jusqu'ici aucune statistique reposant sur des bases solides n'a permis de résoudre le problème : quand on recueille les faits relatifs à la version et au forceps, quand on compulse les statistiques relevées par les auteurs, on les trouve disparates. Les unes, en effet, sont favorables à la version, les autres au forceps, et il ne peut en être autrement ; car elles renferment le plus souvent des faits qui ne sont nullement comparables entre eux.

Nous nous sommes mis à étudier les deux plus grandes statistiques qui ont été données en ces dernières années, au sujet des résultats du forceps et de la version dans les bassins

---

(1) Mathews Duncan, *The obs. journal,* novembre 1873, page 540.

rétrécis. Ces statistiques, qui ont paru dans la thèse de Stanesco (Paris, 1869) et celle de Rigaud (Paris, 1886), ne nous ont rien fourni qui puisse nous faire préférer la version au forceps, ou réciproquement.

Examinons d'abord la statistique de Stanesco. Dans un premier tableau, où se trouvent 36 cas de bassins rétrécis, mesurant de 9 cent. 5 à 7 cent. 5 de diamètre utile et où l'accouchement s'est terminé à l'aide de la version, nous voyons : 32 enfants morts et 4 femmes mortes !

L'auteur conclut en disant que la version est une opération « meurtrière » dans les bassins viciés et qu'on « ne doit jamais la tenter ». Certes, celui qui ne fait que jeter un coup d'œil sur cette statistique est vraiment effrayé. Mais en allant au fond des choses, on voit que cette statistique n'est pas rigoureuse et que la version est loin de mériter les reproches violents que lui adresse l'auteur de la dite thèse.

Et d'abord voyons dans quels cas la version a été faite : sur les 36 observations nous remarquons 29 présentations de l'épaule. Nous sommes quelque peu étonné de voir le résultat de tels cas mis en parallèle avec celui que donne le forceps. Qu'eût donné le forceps avec de telles présentations ? Stanesco oublie de le dire. De plus, dans la présentation de l'épaule, il semble qu'il n'y a pas matière à discussion : la version ou la détroncation sont nos dernières ressources.

Sur les sept cas restant de la dite statistique, nous voyons que deux fois la femme avait des tumeurs fibreuses, soit dans le col, soit dans le corps de l'utérus. Une opération préalable avait été faite. Dans les deux cas, la mère et l'enfant sont morts. Et Stanesco se base encore sur ce résultat pour démontrer l'infériorité de la version sur le forceps. Mais la mort, dans ces deux cas, est-elle due à l'ablation des fibromes ou à la version ?

Enfin le dernier reproche que nous ferons à cette sta-

tistique, c'est que la viciation du bassin n'est pas semblable dans tous les cas : nous relevons deux bassins irrégulièrement rétrécis. L'on ne peut faire un parallèle solide entre le forceps et la version qu'avec des données semblables : même degré, même forme de rétrécissement, même présentation.

Quant à Rigaud, bien que n'ayant pas pour but dans sa thèse de mettre en regard les résultats du forceps et de la version, il parle encore de cette dernière opération dans des termes les moins favorables. Il rapporte 9 cas de version dans des bassins mesurant 9 cent. de promonto-pubien utile.

Il y a eu six enfants morts et une mère morte de péritonite. Notons ici que deux fois l'accouchement a eu lieu avant terme et qu'il y a eu cinq présentations de l'épaule, autant de cas qui ne permettent pas de juger la valeur de la version dans des grossesses à terme, pour des bassins rétrécis, l'enfant se présentant par l'extrémité céphalique. De plus, Rigaud ne dit pas si les bassins étaient régulièrement ou irrégulièrement rétrécis.

D'un autre côté, Joulin, en analysant les statistiques données par M^me^ Lachapelle comme favorables à la version et en éliminant les cas douteux, est arrivé à démontrer que les faits étaient en faveur du forceps.

On voit donc que l'analyse des statistiques parues est incapable de trancher la question du forceps et de la version dans les rétrécissements moyens du bassin. Les faits connus, nous avons essayé de le démontrer, ne sont nullement comparables.

Des faits cliniques comme ceux où, après trois ou quatre tentatives infructueuses de forceps, l'opérateur se décide à faire la version et extrait un enfant vivant, ou bien encore des cas où, chez la même femme, dans des grossesses antérieures, après trois ou quatre tentatives infructueuses de forceps qui amèneraient des enfants morts, le même opérateur, se souvenant de ces terminaisons néfastes, se déciderait à faire d'emblée

la version et ramènerait des enfants vivants, ces faits, dis-je, seraient les meilleurs éléments en faveur de la version.

Malheureusement, la contre-partie est impossible à établir et les partisans du forceps peuvent objecter que, dans les cas où on commence par la version et où elle échoue, on ne peut plus ensuite recourir au forceps et qu'on ignore si on n'aurait pas réussi avec cet instrument.

## II

### L'ACCOUCHEMENT PEUT SE TERMINER PAR LES SEULS EFFORTS DE LA NATURE

Si les statistiques de Stanesco et de Rigaud ne nous ont pas donné des raisons suffisantes pour nous faire préférer la version ou le forceps dans les rétrécissements moyens du bassin chez la femme à terme, elles nous ont donné au moins un enseignement très utile : c'est que l'accouchement peut se terminer spontanément dans un temps plus ou moins long.

Rigaud a noté que, sur 242 cas, le rétrécissement étant de 10 cent. à 9 de promonto-pubien utile, il y a eu 191 cas où l'accouchement s'est terminé spontanément.

La durée moyenne du travail a été de 16 heures.

Le poids moyen de l'enfant, de 2700 gr.

Ces 191 cas ont donné :

29 enfants morts, c'est-à-dire 15,83 0/0.

29 mères mortes, c'est-à-dire 15,83 0/0.

La mort de l'enfant peut être attribuée souvent à une trop longue durée du travail dépassant 25 heures.

La mort de la mère a été causée par des métro-péritonites et par l'infection puerpérale. On ne devra point s'étonner d'un tel résultat si l'on songe qu'en 1870, l'antisepsie était à peine connue et que la longueur du travail venait augmenter les chances d'infection.

Des résultats de ces accouchements spontanés nous retirons

un enseignement d'une grande valeur : c'est qu'en présence d'un rétrécissement de 9 cent. et au-dessus de promonto-pubien le praticien est en droit, jusqu'à un certain point, de compter sur un accouchement spontané heureux pour la mère et l'enfant.

Dans les rétrécissements de 8 cent. de diamètre utile à 9 exclusivement, Rigaud a noté 40 accouchements qui se sont terminés par les seuls efforts de la nature :

La durée moyenne du travail a été de 13 heures.

Le poids moyen de l'enfant était de 2800 gr.

Sur ces 40 accouchements, nous trouvons :

14 enfants morts, c'est-à-dire 35 0/0.

5 mères mortes, c'est-à-dire 12,25 0/0.

Les mères, comme dans le cas précédent, sont mortes d'infection, à laquelle est venue s'ajouter la longueur du travail.

La mort des enfants est due, soit à une procidence du cordon, soit à son enroulement autour du cou du fœtus.

Enfin, dans les rétrécissements de 7 à 8 cent. de diamètre utile, sur 12 cas, une seule fois l'accouchement a été spontané. L'enfant, dans ce cas, pesait 2100 gr.

Ce volume peu considérable de l'enfant nous explique jusqu'à un certain point comment l'accouchement a pu se faire seul. On voit qu'avec un semblable rétrécissement, l'accoucheur n'a pas grand'chose à attendre de la nature : 1 cas sur 12 !

La statistique de Stanesco ne nous donne pas de moins bons résultats au point de vue de l'accouchement spontané. Dans 108 cas, le siège du rétrécissement était au détroit supérieur.

Sur ces 108 cas, nous trouvons 25 bassins rétrécis dont le diamètre antéro-postérieur utile mesure 9 cent. et plus. Dans cette première section on compte :

20 enfants vivants.

Une seule femme a succombé aux suites de couches.

La durée du travail a été en moyenne de 20 heures.

Le poids moyen de l'enfant a été de 2880 gr.

Les causes de la mort des enfants n'ont pas été signalées.

Pour les femmes dont le bassin est entre 7 et 8 cent., la statistique rapporte 54 femmes dont 45 ont des rétrécissements au-dessus de 7 cent. 1/2 et les 9 autres au-dessous de 7 cent. 1/2. Nous ne nous occuperons pas de ces derniers cas, car ils n'entrent pas dans notre sujet.

Sur ces 45 cas, il y a eu 33 enfants vivants et 3 femmes ayant succombé aux suites de couches, c'est-à-dire à l'infection puerpérale.

La durée du travail a été encore ici de vingt heures en moyenne.

Le poids moyen des enfants a été de 2,700 grammes.

La cause de la mort des 12 enfants n'est pas signalée.

Enfin, sur 28 cas, pour lesquels le degré du rétrécissement n'a pas été indiqué d'une façon précise, on trouve 20 enfants vivants et une seule femme morte. La durée du travail n'a pas dépassé dix-huit heures.

Enfin, si nous considérons les statistiques du docteur Budin depuis le mois d'octobre 1891 jusqu'au mois d'avril 1893, nous remarquons que :

1° Dans 76 bassins rétrécis mesurant dans leur diamètre promonto-pubien 10 centimètres, 68 accouchements ont été spontanés.

Toutes les mères sont sorties vivantes de l'hôpital.

Six enfants sont morts, dont deux nés prématurément, et les autres de cause inconnue ;

2° Dans 28 bassins mesurant entre 9 et 10 centimètres, vingt-trois fois l'accouchement a été spontané.

Toutes les mères sont sorties vivantes de l'hôpital.

Trois enfants sont morts : un était né avant terme ; un autre

a eu une hémorragie abdominale ; enfin, la cause de la mort du troisième est inconnue ;

3° Dans 20 bassins mesurant entre 8 et 9 centimètres, quinze accouchements se sont terminés sans l'intervention de l'art.

Les mères ont eu toutes des suites de couches normales.

Tous les enfants sont sortis vivants de l'hôpital.

On ne peut s'empêcher de remarquer que, dans les statistiques de Rigaud, de Stanesco et de Budin, la terminaison spontanée de l'accouchement, un grand nombre de fois, a été favorable et pour la mère et pour l'enfant. « Les accoucheurs, dit le docteur Budin, n'oublieront pas les bons résultats que peuvent donner les contractions utérines seules qui nous ménagent parfois d'agréables surprises ». Et M. Budin rapporte la très intéressante observation suivante : « Une femme en travail fut envoyée de l'Hôtel-Dieu à la Charité. Le bassin mesurait 8 centimètres un quart de diamètre promonto-pubien minimum. Appelé pour terminer l'accouchement, je fus arrêté en route par le cortège de la Mi-Carême et dans l'impossibilité de passer. Lorsque j'arrivais à l'hôpital, une heure plus tard environ, la femme avait eu de violentes contractions, l'enfant avait franchi brusquement le détroit supérieur et avait été expulsé vivant. Il pesait 4,280 grammes ! »

En résumé, l'accouchement dans les bassins moyennement rétrécis pouvant se terminer par les seuls efforts de la nature, dans un temps plus ou moins long, une première indication pour le praticien est de faire de l'expectation. Notons, dès à présent, que la durée moyenne du travail a été de seize à vingt heures.

Mais si l'état de la mère, l'état des contractions utérines et l'état du fœtus ne permettent pas à l'accoucheur d'attendre, que doit-il faire ?

Ici, deux cas peuvent se produire :

1° Ou bien la tête est mobile au détroit supérieur ;

2° Ou bien elle s'est fixée sur ce détroit, à travers lequel elle tend à s'engager.

Dans ces deux cas, la conduite du chirurgien doit varier. Inutile de répéter ici que nous n'envisageons que la femme à terme, présentant un bassin rétréci dans le diamètre promonto-pubien et l'enfant vivant.

## CHAPITRE II

### LA TÊTE EST MOBILE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Waisseige (1), de Liège, dans son *Traité d'opérations obstétricales,* s'exprime de la façon suivante :

« Dans ces cas (rétrécissements moyens), nous avons toujours recours à la version, surtout chez les multipares, si la tête est mobile, parce qu'alors les parties molles, offrant moins de résistance, permettent d'extraire le fœtus par la version, assez rapidement pour qu'il ne subisse pas de compressions fâcheuses.

» Si la tête est fixée, nous employons le forceps, mais avec prudence, c'est-à-dire que nous ne faisons jamais de tractions assez fortes pour contusionner les parties molles du bassin, si la tête ne peut franchir le rétrécissement ».

Le professeur Tarnier, dans une leçon faite à la Faculté de Médecine de Paris, au sujet du forceps et de la version dans les bassins rétrécis, disait que si la tête est mobile au détroit supérieur, la version donne de bons résultats; qu'au contraire, si elle est fixée, il est indiqué de faire une application de forceps.

Dans un article tout récent de Schultz (2), sur « Version ou

---

(1) Waisseige, *Opérations obstétricales*, 1881, page 202.

(2) Schultz, *Version ou forceps élevé* (Zeitsch f. Geb. Gyn. Hft. II, p. 174).

forceps élevé », cet auteur estime que lorsque la grande circonférence de la tête fœtale n'a pas encore franchi le détroit supérieur, on peut hésiter, pour terminer l'accouchement, entre la version podalique et le forceps. A ce sujet, il distingue trois cas :

1° La tête est fixée au détroit supérieur ;

2° La grande circonférence de la tête est au détroit supérieur, mais l'extrémité céphalique se laisse repousser ;

3° La tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dans le premier cas, l'auteur conseille le forceps, et dans le cas d'insuccès, il perfore le crâne.

Dans le deuxième et le troisième cas, il tente la version d'emblée.

Aucun de ces auteurs, en émettant cette opinion, n'a tenu compte, à ce qu'il nous a semblé, de la forme du rétrécissement du bassin. Parlent-ils simplement du rétrécissement du bassin dans le diamètre antéro-postérieur ou du rétrécissement de tous les diamètres, c'est-à-dire de bassins irrégulièrement ou régulièrement rétrécis?

Il est cependant très probable qu'il sagit là de bassins rétrécis, principalement dans le sens antéro-postérieur.

M. Budin, au contraire (communication écrite), avec une tête mobile au détroit supérieur, avec un bassin rétréci dans le diamètre antéro-postérieur, tient grand compte du diamètre transverse. Le bassin est-il large transversalement, cet auteur tente d'emblée la version ; le diamètre transverse est-il, au contraire, rétréci, il tente d'abord une application de forceps.

Il est aisé de comprendre qu'avec un bassin rétréci, dont le diamètre transverse est suffisamment large, la version a de grandes chances de réussir. En effet, en exécutant la manœuvre de Champetier de Ribes et en faisant exercer des pressions sur le front, à travers les parois abdominales, l'accoucheur parvient à mettre en rapport le plus petit diamètre de la tête,

c'est-à-dire le bitemporal, ou un diamètre voisin, avec le diamètre rétréci du bassin, ce qui n'aurait pas lieu si les parties latérales du bassin n'offraient pas l'ampleur nécessaire.

Mais est-ce tout ? et n'y aurait-il pas un autre facteur pouvant entrer en ligne de compte ? M. le docteur Vallois pense qu'un faux promontoire peut gêner la manœuvre de Champetier de Ribes, par suite empêcher la tête fœtale d'effectuer ses mouvements d'asynclitisme et, suivant l'expression de Barnes, de « doubler le promontoire ».

En somme, pour choisir entre la version et le forceps dans les accouchements à terme avec présentation du sommet et rétrécissement pelvien antéro-postérieur de 7 cent.1 et au-dessus, les auteurs se basent sur certains facteurs, différents suivant les accoucheurs, mais qui peuvent être réduits aux trois suivants :

1° Mobilité ou fixité de la tête au détroit supérieur ;

2° Largeur plus ou moins considérable du diamètre transverse ;

3° Présence ou absence d'un faux promontoire sacré, c'est-à-dire variété de rétrécissement canaliculé au annelé.

A tous ces facteurs, on n'accorde pas une égale valeur, chaque opérateur attribuant un coefficient bien plus considérable à l'un ou à l'autre. Personnellement, il nous est bien difficile de porter un jugement net et précis à côté des hésitations des Maîtres de l'Obstétrique ; mais il nous paraît cependant que le premier de ces facteurs doit avoir une influence prépondérante, puisqu'il indique déjà jusqu'à un certain point ce que la nature a pu faire en l'état des choses.

D'autre part, il est bien plus facile à apprécier, d'une façon absolue, que la largeur du diamètre transverse.

En effet, en ce qui concerne ce facteur, s'il s'agit d'un bassin avec diamètre transverse très petit, comme le diamètre antéro-postérieur est déjà rétréci, on voit que le bassin est un bassin généralement rétréci et ne rentre pas dans le cadre de ce tra-

vail, où nous n'étudions que les bassins rétrécis antéro-postérieurement. Si, au contraire, le diamètre transverse est presque normal, il devient bien difficile de mesurer sa longeur exacte par la simple approximation que donne le toucher. On en sera donc réduit à trouver un pourtour du bassin un peu plus ou un peu moins accessible et ce serait simplement sur cette sensation, difficile à apprécier, que devrait reposer le choix ou le rejet du forceps ou de la version.

On voit donc que ce moyen qui, dans les cas extrêmes, est évidemment le facteur essentiel et majeur, n'a plus, dans les cas moyens, qu'une valeur accessoire.

Il n'en est pas de même du troisième facteur, nous voulons parler de la forme du rétrécissement pelvien.

Tout le monde comprend, en effet, que, dans le bassin annelé, la version soit efficace, car le cap à franchir est étroit et la bosse pariétale postérieure pourra, plus ou moins facilement, glisser au-dessous du promontoire.

Au contraire, dans le bassin canaliculé, au-dessous du promontoire, la bosse pariétale ne trouve pas où se loger, la place est prise par la deuxième et la troisième pièces du sacrum. L'asynclitisme nécessaire à la descente de la tête ne pourra plus s'effectuer, ce qui rendra l'engagement difficile, ou même impossible.

Le forceps, dans le cas de rétrécissement annelé, ponte l'excavation et gêne l'asynclitisme; il a donc ici une valeur moindre *à priori* que la version, tandis que dans le bassin canaliculé, il ne ponte pas davantage l'excavation, ses inconvénients ne sont pas augmentés, alors qu'ils le sont très notablement pour la version, d'où encore, *à priori*, et par le raisonnement seul, on voit que le forceps trouve mieux ici son indication.

Il nous semble donc que ce troisième facteur doive être considéré comme important dans la détermination que doit prendre l'accoucheur. L'observation V en est une preuve évidente

car, si dans ce cas de bassin à faux promontoire sacré, l'enfant a pu être extrait par la version, ce n'est qu'avec les plus grands efforts et au prix d'un enfoncement du pariétal postérieur.

Quant au premier facteur, mobilité de la tête, c'est à lui que nous accordons une importance principale, ainsi qu'on en jugera par les raisons que nous faisons valoir à la suite des réflexions que nous ont inspirées les observations suivantes :

Dans notre travail, en effet, nous rapportons six observations où nous constatons :

1° Que dans ces six observations la tête était mobile au détroit supérieur, les bassins n'étaient rétrécis que dans le diamètre antéro-postérieur, un seul avait un faux promontoire ;

2° Que dans trois cas la version d'emblée pour tête mobile au détroit supérieur a été suivie de succès ;

3° Que dans trois cas, six applications de forceps (2 dans chaque cas) avaient échoué et que la version podalique pratiquée immédiatement après avait pu terminer heureusement l'accouchement ;

4° Que, parmi ces six cas, deux se rapportent à la même femme. Chez elle, un premier accouchement fut rapidement terminée par une version, alors que deux applications de forceps avaient été infructueuses.

Au second accouchement, la version, tentée d'emblée, ramena un enfant vivant.

## *Observations montrant l'insuccès du forceps sur la tête mobile au détroit supérieur dans bassin rétréci d'avant en arrière.*

### Observation Première

(Inédite)

Femme à terme, tête mobile au-dessus du détroit supérieur.— Deux applications de forceps = insuccès. — Version podalique = enfant vivant. — Diamètre promonto pubien minimum = 9 3/4.

La nommée Marie S...., âgée de 27 ans, primipare, entre à l'hôpital de Marseille le 20 août 1897.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais été malade. A été réglée à l'âge de 14 ans. Les règles ont toujours été normales.

A l'inspection, l'aspect général de la femme est bon ; elle jouit d'une robuste constitution.

Les seins sont bien conformés. Les membres inférieurs ne présentent rien d'anormal.

Il n'y a pas d'œdème malléolaire, pas de varices. Pas d'albumine dans les urines.

Le ventre est volumineux et proémine en avant.

La tête est mobile au détroit supérieur.

Le dos est à gauche et l'on sent très nettement les petites parties à droite, donc OIG.

Le siège ballotte au fond de l'utérus.

A l'auscultation on entend les bruits du cœur à gauche et élevés.

Au toucher, le col a perdu de sa longueur, l'orifice externe

est fermé. On ne sent aucune partie fœtale à travers le segment inférieur.

Promontoire accessible. Diamètre promonto-sous-pubien, 11 cent. 1/4.

Le soir même de son entrée, à 4 heures du soir, le 20 août, la femme ressent les premières douleurs. Dès 5 heures, les douleurs deviennent très intenses et très rapprochées, la dilatation est comme une pièce de 2 francs.

Dans la nuit, les douleurs ont diminué d'intensité et se sont espacées.

Le 21, à midi, la poche des eaux s'est rompue spontanément, la dilatation est presque complète.

Les contractions utérines sont irrégulières et elles s'espacent de plus en plus.

La tête est toujours mobile au détroit supérieur.

A 4 heures, les douleurs ont presque complètement disparu et la dilatation est complète.

Le docteur Lop propose alors à la parturiente la symphyséotomie, qui est refusée.

On endort la femme et on tente deux applications de forceps directes quant au bassin.

Deux fois le forceps dérapa.

Les bruits du cœur du fœtus sont devenus très irréguliers, l'enfant rend son méconium.

Le docteur Lop tente immédiatement la version, qui se fait péniblement.

Le pied antérieur est saisi difficilement ; on est obligé d'y fixer un lacs et on repousse la tête avec l'autre main restée libre ; l'évolution du fœtus se fait avec beaucoup de peine, car l'utérus est quelque peu appliqué sur le fœtus.

Enfin le pied est amené en dehors des organes génitaux ; le tronc se dégage jusqu'aux épaules. Les bras sont facilement dégagés. Un aide presse sur le front du fœtus à travers les

parois abdominales. La tête franchit avec très grande difficulté le détroit supérieur et arrive dans l'excavation.

La manœuvre de Mauriceau est impuissante à extraire complètement la tête, tant cette dernière est volumineuse. Aussi est-on obligé de faire deux incisions obliques sur les parties latérales de la vulve, pour la dégager.

L'enfant vient au monde dans un état de mort apparente. Il est ranimé assez facilement. Il est du sexe masculin.

| | |
|---|---|
| Poids. . . . . | 5 k. 500 |
| Diamètre Bi P. . . | 10 1/4 |
| Diamètre Bi T. . . | 8 1/2 |

Demi-heure après la délivrance, une hémorragie se produit. Elle est facilement combattue.

Les suites de couches sont normales.

L'enfant et la mère sortent de l'hôpital bien portants. L'enfant, revu dans les premiers jours de mai, pèse 9 kilos.

### Observation II

(Inédite)

Femme à terme. — Tête mobile au détroit supérieur. — Deux applications : une directe, l'autre oblique = Insuccès. — Version = Enfant vivant. — Diamètre promonto-pubien, minimum = 8 c. 1/2.

La femme Joséphine B..., secondipare, âgé de 28 ans, entre à la clinique le 26 décembre 1897.

*Antécédents héréditaires.* — Rien d'anormal.

*Antécédents personnels.* — Se souvient d'avoir marché assez tard, mais ne peut préciser l'époque.

Réglée à 15 ans. Depuis cette époque les règles sont bonnes et régulières.

La première grossesse remonte à l'âge de 19 ans. Cette grossesse n'est pas arrivée à terme, un avortement est sur-

venu vers le quatrième mois. Les suites de couches ont été bonnes, la femme n'est restée au lit qu'une semaine.

C'est le 26 décembre 1897 que la nommée Joséphine B... entre à la clinique pour une grossesse à terme.

A l'inspection, la femme est bien constituée. Les seins sont bien formés. La glande est parfaitement développée, les mamelons sont saillants.

Des contractions indolores permettent de bien se rendre compte de la forme de l'utérus, qui est normal.

Les jambes présentent de l'œdème et des varices.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Au palper, on sent le sommet très mobile au détroit supérieur. Le dos est à gauche, et les petites parties sont très bien perçues à droite.

Le siège est au fond de l'utérus, donc OIG.

La poche des eaux est intacte.

Au toucher, on constate que l'orifice interne est fermé. On constate une légère déchirure à la commissure gauche du col.

C'est dans la nuit du 26, à trois heures du matin, que la nommée Joséphine B... commence à ressentir les premières douleurs.

A 7 heures du matin, le sommet est mobile au détroit supérieur.

La poche des eaux est intacte.

La dilatation est comme une pièce de cinq francs.

Les contractions utérines sont régulières, mais espacées.

L'état général est bon.

Les bruits fœtaux sont bons.

A 9 heures et demie du matin, la rupture de la poche des eaux se fait spontanément. A ce moment la dilatation est comme une petite paume de main.

A 11 heures, les contractions utérines deviennent irrégu-

lières, elles s'espacent de plus en plus, ne revenant que toutes les quinze minutes.

A 1 heure de l'après-midi, le travail s'arrête complètement. A ce moment la tête fœtale est toujours mobile au détroit supérieur, et les bruits du cœur du fœtus sont perçus avec netteté.

La femme ne souffre pas, le pouls est bon.

A 2 heures, le docteur Lop propose à la femme la symphyséotomie qui est refusée.

On décide alors de faire une application de forceps, directe quant au bassin par suite du front à l'occiput quant au fœtus.

Un aide immobilise la tête à travers les parois abdominales. L'introduction des cuillers, l'articulation se font difficilement.

Des tractions lentes et soutenues sont exercées sur le tracteur ; mais le forceps ne tarde pas à déraper sans avoir aucunement engagé la tête, qui reste encore mobile au détroit supérieur.

Les bruits du cœur du fœtus se maintiennent bons.

Le docteur Lop fait une nouvelle application de forceps, mais celle-là oblique.

La branche gauche fut placée en arrière et à gauche ; la branche droite fut dirigée en avant et à droite. On articula. Le tout fut fait avec beaucoup de difficulté.

On exerça des tractions : le forceps dérape de nouveau et n'a pu, comme la première application, engager le moins du monde la tête.

Les bruits du cœur fœtal étaient devenus irréguliers et l'enfant commençait à rendre son méconium.

L'état de la femme était parfait.

Le docteur Lop profita alors de l'anesthésie et fit, séance tenante, une version podalique.

La tête facilement refoulée laissa passer sans difficulté la main de l'opérateur qui alla saisir le pied antérieur, c'est-à-dire le droit, et l'amena dans le vagin.

Une contraction utérine arréta l'opérateur au moment où il allait faire évoluer le fœtus. Dès qu'elle fut passée, la tête fut refoulée en haut avec la main droite appliquée sur la paroi abdominale, tandis que la main gauche, à l'intérieur, exerçait des tractions.

L'évolution se fait, le siège puis la partie inférieure du tronc apparaissent. Les bras sont dégagés sans difficulté ; mais la tête est retenue en transverse, le front à gauche, l'occiput à droite au détroit supérieur.

La tête est un peu défléchie, de sorte qu'on est obligé d'introduire les doigts assez profondément pour les faire pénétrer dans la cavité buccale.

La manœuvre de Champetier de Ribes est alors exécutée : la tête franchit le détroit supérieur, et arrive dans l'excavation d'où l'extrait la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant vient au monde étonné. Il est aisément rappelé à la vie, son poids s'élève à 2.600 gr.

| | |
|---|---|
| Diamètre Bi P . . . . . | 9 |
| Diamètre Bi T . . . . . | 7 3/4 |

La tête de l'enfant présente la marque des branches du forceps. L'extrémité de la cuiller gauche a laissé une trace très nette près de l'oreille gauche, un peu au-dessus et en arrière de la dite oreille, et l'extrémité de la cuiller droite se trouvait dans la région de la bosse frontale et de la pommette droites.

Quant à l'application antéro-postérieure, c'est-à-dire du front à l'occiput, elle n'avait laissé que de légères traces.

Enfin, dans le voisinage de la suture fronto-pariétale gauche, il existait une dépression avec un léger épanchement sanguin dû à l'angle du promontoire.

### Observation III

(Inédite)

Femme à terme. — Tête mobile au détroit supérieur. — Deux applications de forceps. = Insuccès. — Version. = Enfant mort. — Diamètre promonto-pubien, minimum. = 9 c. 1/2.

La nommée Marie F... VII pare, âgée de 35 ans, entre le 8 juin 1896.

*Antécédents héréditaires.* — La mère a eu cinq grossesses normales.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais été malade.

A été réglée à l'âge de 12 ans. Les règles depuis cette époque ont été régulières et bonnes.

A eu six enfants, le premier à l'âge de 20 ans. Les six accouchements, quoique très laborieux, se sont terminés sans intervention, vu la petitesse des fœtus. Sur ces six enfants, quatre sont morts d'athrepsie.

Le septième accouchement, pour lequel la femme F.. entre à l'hôpital, a nécessité l'intervention du docteur Lop.

Les règles ont disparu du 5 au 15 septembre 1895.

L'état général est bon. La grossesse actuelle, à part quelques vomissements, a bien évolué.

On remarque de l'œdème aux membres inférieurs.

Les tibias sont légèrement incurvés en dehors.

Pas d'albumine dans les urines.

Le ventre est énorme et proéminent.

A la palpation on sent la tête très mobile au détroit supérieur et les petites parties se sentent en haut et à droite. Le dos est à gauche.

A l'auscultation les bruits du cœur du fœtus sont faibles, la femme est en travail depuis 25 heures. Le travail a commencé en ville.

La poche des eaux est rompue depuis 12 heures.

La dilatation est comme une petite paume de main, le col est dilatable.

On constate un œdème énorme de la lèvre antérieure du col.

Les douleurs sont très rares, très espacées et irrégulières. La femme souffre beaucoup.

Le docteur Lop propose à la parturiente la symphyséotomie, qui est refusée.

On tente alors une première application de forceps. Un aide fixe la tête au détroit supérieur et le docteur Lop fait une première application de forceps directe quant au bassin.

L'articulation se fait difficilement. On tire lentement : le forceps dérape immédiatement.

La tête ne s'est pas engagée.

On fit une nouvelle application de forceps : l'insuccès fut encore complet : la tête n'avait nulle tendance à s'engager.

La femme souffrait de plus en plus, le pouls était devenu irrégulier.

Quoique les bruits fœtaux ne s'entendent plus, on hésite à faire la basiotripsie et on se décide à faire une version.

Vu l'état de la femme, le chloroforme n'est pas administré.

L'opérateur introduisit la main gauche dans l'utérus ; la tête fut facilement repoussée dans la fosse iliaque gauche. La main cheminant, lentement le long du plan antérieur du fœtus, saisit le pied droit qui est tiré vers la vulve.

L'évolution du fœtus se fait sans difficulté. Le tronc, puis les bras du fœtus sont dégagés. Un aide exerce des pressions sur la tête à travers les parois abdominales. Le détroit supérieur est franchi, la manœuvre de Mauriceau est exécutée sans difficulté aucune.

La version avait demandé 15 minutes.

L'enfant vient au monde mort ; il pèse 6 kilogr.

Les cuillers ont laissé des traces sur le front et l'occiput.

L'autopsie n'a pu être faite.

| | |
|---|---|
| Diamètre Bi P. . . . . | 9 1/2 |
| Diamètre Bi T. . . . . | 8 1/4 |

Les suites de couches ont été normales. La femme sort de l'hôpital en parfaite santé, dix jours après.

---

## *Observations montrant l'efficacité de la version d'emblée dans le cas de tête mobile au détroit supérieur dans bassin rétréci d'avant en arrière.*

### Observation IV

(Inédite)

Femme à terme. — Tête mobile au détroit supérieur. — Version d'emblée = Enfant vivant. — Diamètre promonto-pubien = 9 1/2

La même femme de l'observation précédente, Marie F..., entre de nouveau à la clinique le 6 janvier 1898, pour sa huitième grossesse.

*Grossesse actuelle.* — Les dernières règles ont eu lieu le 5 avril 1897.

La grossesse a été excellente. A part quelques pertes blanches assez abondantes, la femme n'a présenté rien d'anormal.

A l'inspection, le fond de l'utérus remonte à huit travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; l'utérus semble un peu déjeté à gauche.

A la palpation, on sent l'extrémité céphalique très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le siège se sent nettement au fond de l'utérus.

Le dos est à droite, les petites parties sont perçues en haut et à gauche.

A l'auscultation, les bruits fœtaux s'entendent très nettement.

La poche des eaux est intacte.

Dans la nuit du 7 au 8 janvier les premières douleurs se font sentir.

A sept heures du matin, l'extrémité céphalique est toujours mobile au détroit supérieur, le dos est à droite et la dilatation est comme une bonne paume de main.

La lèvre antérieure du col est fortement œdématiée ; elle pointe même à l'orifice vulvaire. Par le toucher il est impossible d'atteindre la tête, tant elle est élevée.

Les douleurs sont régulières mais courtes, très espacées et peu énergiques.

A midi, la poche des eaux se rompt spontanément. A partir de ce moment les douleurs deviennent irrégulières et rares.

A 3 heures, il y a cessation complète du travail et la dilatation n'a pas fait de progrès, mais le col est très dilatable.

Le docteur Lop propose la symphyséotomie, qui est refusée.

Se souvenant alors de la terminaison du septième accouchement et surtout de l'insuccès complet de deux applications de forceps à cette époque, le docteur Lop se décide à faire la version d'emblée.

La version est entreprise à 4 heures du soir.

La tête est toujours mobile au détroit supérieur.

Les bruits fœtaux sont parfaits.

La femme est en très bon état, elle ne souffre nullement, le pouls est régulier.

Le chloroforme est administré.

L'opérateur introduit la main droite dans les organes génitaux de la mère. La tête est repoussée et la main, nullement

incommodée par les contractions utérines, arrive sur le pied antérieur.

L'évolution se fait facilement. Le tronc et les bras se dégagent sans présenter aucune particularité.

La tête n'est point retenue au détroit supérieur.

La manœuvre de Mauriceau l'extrait de l'excavation.

L'enfant, du sexe masculin, vient au monde vivant ; il pèse 4 kilog. 950.

| | |
|---|---|
| Diamètre Bi P. . . | 9 1/2 |
| Diamètre Bi T. . . | 8 |

Les suites de couches sont normales ; la femme quitte l'hôpital 10 jours après son admission.

Comme pour le septième enfant, on remarque sur le pariétal droit du huitième enfant une petite dépression.

### Observation V

(Inédite)

Recueillie dans le service de M. le professeur Grynfeltt (M. Vallois, suppléant). Femme à terme. — Tête mobile au détroit supérieur. — Version = Enfant mort. — Diamètre promonto-pubien minimum = 8 cent.

Marie M...., 40 ans, secondipare, entre à la clinique de Montpellier le 8 septembre 1897.

*Antécédents héréditaires.* — Rien d'anormal.

*Antécédents personnels.* — A été réglée à l'âge de 17 ans. Depuis cette époque les règles sont régulières et bonnes. A eu un premier accouchement à l'âge de 33 ans.

Le travail a duré trois jours et il s'est terminé par le forceps avec extraction d'un enfant mort.

*Grossesse actuelle.* — Dernières règles du 10 au 15 octobre 1896. A l'examen, le fond de l'utérus remonte à 8 travers

de doigt au-dessus de l'ombilic, le ventre s'étale latéralement, il est volumineux.

Les seins sont peu volumineux ; les mamelons sont bien formés.

Il y a de l'œdème et des varices aux membres inférieurs.

Le fond de l'utérus est à 35 cent. au-dessus du pubis.

La femme a eu d'abondantes pertes blanches.

Pas d'albumine dans les urines.

A la palpation on sent la tête mobile dans la fosse iliaque gauche. Les petites parties sont en haut et à droite.

Le dos est à gauche, le siège est mobile à la partie supérieure.

Les battements du cœur du fœtus se font entendre à gauche, presque au niveau de l'ombilic.

Au toucher, le col est ramolli, non effacé, les deux orifices sont largement ouverts.

Au niveau du segment inférieur on ne perçoit aucune partie fœtale, la tête est très élevée, elle est en OIG.

On note des contractions indolores et fréquentes.

Le 9 septembre, M. Vallois ramène la tête au-dessus du détroit supérieur et l'y fixe avec la ceinture de Pinard et se prépare à provoquer l'accouchement le lendemain 10.

Dans la nuit du 9 au 10, la femme ressent les premières douleurs.

Le 10, à 8 heures du matin, la tête est encore mobile au détroit supérieur et n'a aucune tendance à s'engager.

Au toucher on constate que le col est effacé et dilaté comme un franc.

La poche des eaux, volumineuse, bombe à travers l'orifice, et les contractions augmentent en fréquence et en intensité.

A 1 h. 45 de l'après-midi, l'orifice utérin présente une dilatation de 3 francs.

A 3 h. 10, la dilatation est comme 5 francs.

A 5 heures, la dilatation est comme une petite paume de main.

La poche des eaux bombe de plus en plus.

A 6 heures on constate que la dilatation au lieu d'augmenter aurait de la tendance à rétrocéder.

A 6 h. 1/2, après avoir fait ôter la ceinture et fixer fortement la tête, M. Vallois rompt la poche des eaux et maintient la main dans le vagin pour empêcher l'écoulement trop rapide des eaux.

La tête vient alors reposer sur le détroit supérieur et l'on sent qu'entre la tête et le sacrum vient procider un bras. Il est repoussé et maintenu pendant que les eaux s'écoulent. La procidence ne se reproduit plus.

A ce moment, par le palper, on constate que la tête déborde fortement la symphyse pubienne ; de plus on remarque que les contractions cessent à partir de la rupture de la poche. A 9 heures du soir même état de choses : la tête déborde toujours fortement la symphyse. Au palper on sent nettement le dos à gauche et les petites parties à droite.

A l'auscultation, les battements fœtaux s'entendent à gauche, à peu près au niveau de l'ombilic.

M. Vallois propose la symphyséotomie. La femme refuse catégoriquement et déclare ne vouloir subir sur elle aucune opération.

L'application de forceps ne semble pas avoir des chances de succès, car la tête déborde très fortement la symphyse pubienne.

M. Vallois se décide à tenter la version.

La femme est anesthésiée. Elle ne consent à se laisser endormir que sur la promesse formelle qu'on ne profitera pas de son sommeil pour faire sur elle la moindre incision.

M. Vallois introduit la main gauche dans les parties géni-

tales. L'orifice utérin est presque complètement dilaté et facilement dilatable.

La tête est facilement repoussée dans la fosse iliaque gauche, puis la main chemine lentement au-devant du plan antérieur, jusqu'au niveau des pieds.

Enfin, le pied droit (pied antérieur) est saisi et abaissé. Le fœtus n'a pas de tendance à évoluer.

La double manœuvre est alors exécutée. Un lacs est porté sur le pied, au-dessus des malléoles. Tirant alors d'une main sur le lacs, M. Vallois repousse la tête de l'autre main. L'évolution s'effectue alors facilement et la tête est perçue au fond de l'utérus et à gauche. Le tronc du fœtus se dégage successivement jusqu'aux épaules. Les bras sont simplement relevés. Ils sont dégagés successivement, en commençant par le bras antérieur. La tête est arrêtée au niveau du détroit supérieur, en position gauche-transversale. On a recours à la manœuvre de Champetier de Ribes.

De fortes tractions sont exercées sur le maxillaire inférieur, en même temps qu'avec l'autre main on cherche à faire passer successivement les deux bosses pariétales.

Un aide, tout en exerçant de haut en bas des pressions sur le front, repousse en même temps la tête dans la partie gauche du bassin. La tête franchit enfin le détroit supérieur. Arrivée dans l'excavation, elle est facilement dégagée par la manœuvre de Mauriceau.

Un quart d'heure après, la délivrance spontanée avait lieu. La durée totale du travail avait duré de 20 à 25 heures.

L'enfant ne put être ranimé, malgré tous les procédés employés. Fille du poids de 2 kil. 970.

| | |
|---|---|
| Diamètre Bi P . . . . . | 9 1/4 |
| Diamètre Bi T . . . . . | 8 1/4 |

Sur le pariétal droit, en avant de la bosse pariétale, près de

la sûture fronto-pariétale, on trouve une dépression en forme de virgule verticale, dont la concavité regarde en arrière, trace laissée par le promontoire.

A l'autopsie de l'enfant, on trouve dans la région occipitale un épanchement de sang considérable.

Les vertèbres cervicales, le bulbe et le maxillaire inférieur ne présentent aucune lésion.

Les suites de couches sont parfaites, la mère sort de l'hôpital le 25 septembre.

### Observation VI

Budin. — Société obstétricale de France (avril 1897).

Accouchement à terme. — Tête mobile au détroit supérieur. — Diamètre promonto-pubien, minimum = 7 c. 1. — Version. = Enfant vivant.

Négresse, secondipare, a accouché la première fois à la Maternité. Le premier accouchement se compliquait de procidence du cordon.

La dilatation était presque complète. Je romps les membranes. La tête est arrêtée au détroit supérieur.

Je renonce au forceps et j'ai recours à la version. Je fis l'extraction, l'enfant était pâle. La tête passa sans trop de difficulté, mais la résistance du plancher pelvien m'obligea à faire une application de forceps sur tête dernière.

Redevenue enceinte, la femme revient à la Maternité. Après avoir accepté la symphyséotomie, alors que la grossesse n'était pas à terme, elle la refuse au moment de l'accouchement pour des motifs de famille. Il était trop tard pour faire l'accouchement prématuré et on laissa la grossesse aller à terme.

La veille de Pâques 1897, le travail se déclara. La dilatation étant complète et sentant que la tête était mobile, je résolus de tenter la version d'emblée.

La femme fut endormie. La main rompit les membranes

pendant une contraction, mais comme la femme était en travail depuis 24 heures, je me trouvai arrêté : le corps de l'utérus était appliqué, moulé sur le fœtus.

J'arrivai jusqu'aux genoux et tentai de l'abaisser. Je pus amener un pied, mais la tête ne remontait pas au fond de l'utérus. Je plaçai un lacs sur le pied, au-dessus des malléoles ; je refoulai la tête d'une main en même temps que de l'autre j'exerçais des tractions sur le pied saisi.

La tête évolua et je ramenai un enfant vivant du poids de 3,200 grammes.

Diamètre Bi P = 9,2
— Bi T = 7,8

Les suites de couches furent excellentes.

Le bassin, mesuré avec l'instrument de Crouzat, donne :

Diamètre promonto-pubien, minimum = 7,1.

En résumé :

1° Dans l'observation I, la femme est restée 23 heures en travail, la poche des eaux s'est rompue quatre heures avant la version. L'enfant vient au monde vivant ;

2° Dans l'observation II, la femme est restée en travail pendant douze heures, la version a été faite sept heures après la rupture de la poche des eaux. L'enfant est vivant ;

3° Dans l'observation III, la femme entre à la Clinique après un travail de vingt-cinq heures et la version est faite douze heures après la rupture de la poche des eaux. L'enfant est mort ;

4° Dans l'observation IV, la femme est en travail depuis quinze heures et la version a lieu cinq heures après la rupture de la poche des eaux. L'enfant est ramené vivant ;

5° Dans l'observation V, la femme est restée en travail pendant dix-neuf heures. La version a eu lieu quatre heures après

la rupture de la poche des eaux. L'enfant vient au monde mort ;

Enfin dans l'observation VI, après vingt-quatre heures de travail, la version fut faite immédiatement après la rupture de la poche. L'enfant est ramené vivant.

Notons ici que la mort est survenue dans les cas où, le travail durant depuis déjà longtemps, la version n'a été faite qu'après un temps assez éloigné de la rupture de la poche des eaux (obs. III et V).

Voilà donc six cas de version pour tête mobile au détroit supérieur dans des bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum était compris entre 7 c. 1 et 9 c. 3/4. Quatre enfants et six femmes sont sortis bien portants de l'hôpital. Deux enfants sont morts.

La mort, dans un cas (obs. III), qu'on pourrait attribuer à la version, est-elle bien due à cette opération ? Il est permis d'en douter. Notons qu'avant cette opération, deux applications successives de forceps avaient été tentées et que la femme était en travail depuis vingt-cinq heures ! Remarquons, en outre, que les bruits du cœur, avant la version, n'avaient plus été perçus. On ne peut donc attribuer à la version la cause de la mort de l'enfant et on est d'autant plus porté à le croire, que cette même femme (obs. IV), un an et demi après cette intervention, venant de nouveau demander des soins, se voit délivrée du premier coup par la version podalique qui lui donne un enfant vivant.

Ces deux observations très intéressantes ne permettent-elles pas de tirer une conclusion pratique pour l'avenir ? L'accoucheur qui, en présence d'un bassin rétréci avec tête mobile au détroit supérieur, se souviendrait des résultats antérieurs qu'a donnés le forceps dans ledit bassin, ne serait-il pas autorisé à recourir d'emblée à la version sans application préalable de forceps ? Nous nous permettons de poser la question, car elle

a été agitée dans un article récent de Masséna (1), de Saint-Pétersbourg.

Un deuxième enfant est né mort (obs. V). Remarquons ici que le bassin présentait un faux promontoire et que la femme était en travail depuis dix-neuf heures, tout autant de facteurs qui devaient diminuer les chances de succès. Le forceps aurait-il donné un résultat meilleur ?

Le docteur Vallois pensa qu'aucune application de forceps, soit oblique, soit antéro-postérieure par rapport au bassin, n'avait chance de faire passer à travers le détroit rétréci une tête qui semblait déborder la symphyse pubienne d'un bon travers de doigt. Aussi, se souvenant du succès qu'avait obtenu le docteur Budin (Obs. VI) l'année précédente, le docteur Vallois se disposa à faire la version.

Si cette opération n'a pas ramené un enfant vivant, du moins elle a ramené un enfant intact de toute lésion. « Rien n'est consolant, dit le professeur Hergott père (2), de Nancy, pour l'accoucheur et la famille, comme de voir un enfant, même mort, extrait du corps de la mère sans lésions apparentes ».

Parmi ces six observations, trois sont instructives et nous montrent l'infériorité du forceps sur une tête mobile dans un bassin rétréci. Nous voyons, en effet, que dans ces trois cas, six applications de forceps (deux dans chaque cas) ont été faites sans résultat, et que, au contraire, la version exécutée immédiatement après, avait ramené des enfants vivants (Obs. II, III, IV).

Comment donc expliquer l'insuccès du forceps dans les cas rapportés dans notre travail ?

---

(1) Wratch, 3 janvier 1898. *Indications et résullats de la version dans les bassins rétrécis.*

(2) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, article *version.*

Avant de résoudre cette question, il est nécessaire de dire quelques mots sur ce qui se passe dans les bassins rétrécis au détroit supérieur, quand la tête finit par traverser l'obstacle et quand l'accouchement a lieu spontanément ; ce qui se passe dans l'accouchement naturel doit généralement servir de guide à l'accoucheur dans l'accouchement artificiel.

Lorsque la tête se trouve arrêtée au niveau du détroit supérieur, elle est placée dans la situation transversale, c'est-à-dire que la suture sagittale est dans le diamètre transverse du bassin à égale distance de la symphyse pubienne et du promontoire. Du côté gauche, par exemple, se trouve la fontanelle postérieure, du côté droit, la fontanelle antérieure.

Pressée par les contractions utérines, la tête glisse latéralement vers la partie gauche du bassin. A ce moment, elle se défléchit légèrement. Par conséquent, la fontanelle bregmatique se rapproche du centre du bassin. Quelle en est la cause?

La tête fœtale a deux diamètres transversaux différents : l'un, le plus grand, le bi-pariétal, qui va d'une bosse pariétale à l'autre, mesure neuf centimètres et demi environ; l'autre, plus petit et plus réductible, le diamètre bi-temporal, qui va de la suture fronto-pariétale d'un côté à la suture fronto-pariétale du côté opposé. Il mesure huit centimètres environ.

Si le diamètre bi-pariétal ne peut pas passer à travers le diamètre antéro-postérieur rétréci, la tête se défléchit sous l'influence des contractions utérines, et c'est le diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin qui vient se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin rétréci.

Enfin, la tête exécute un troisième mouvement, qui lui permettra de franchir le détroit rétréci : elle s'incline sur son pariétal postérieur, la suture sagittale se rapproche de la symphyse pubienne et engage de cette façon son pariétal postérieur.

Lorsque ce dernier est passé au-dessous du promontoire, la tête exécute un mouvement de bascule. Le doigt sent alors

peu à peu la suture sagittale s'éloigner de la symphyse et se rapprocher du sacrum. Le pariétal antérieur s'abaisse et descend à son tour dans l'excavation. La tête descendue au bas de l'excavation, la suture sagittale se place dans le diamètre oblique gauche, puis dans le diamètre antéro-postérieur et le reste de l'accouchement ne présente rien de particulier.

En résumé, il y a trois mouvements bien distincts de la tête :

1° Elle se place transversalement et sa suture sagittale est à égale distance du promontoire et de la symphyse ;

2° Elle se défléchit un peu : son diamètre bi-pariétal étant trop grand, elle tend à mettre son diamètre bi-temporal plus petit en rapport avec le diamètre antéro-postérieur rétréci du bassin ;

3° La tête s'incline successivement sur ses pariétaux et la suture sagittale se trouve successivement reportée en avant, puis en arrière.

Voyons si, au point de vue théorique, l'application de forceps sur une tête mobile permet à cette tête d'accomplir les trois mouvements que nous venons de décrire.

Nous ne considérerons ici que l'application de forceps oblique et directe quant au bassin, puisque dans nos observations ce sont celles-là seules qui ont été tentées.

*a*) L'application a été directe quant au bassin et l'instrument a saisi la tête du front à l'occiput.

Relativement au bassin, cette application est bonne : la courbure du forceps est faite pour s'adapter à celle du canal pelvi-génital ; de plus, les tractions s'opèrent en bas et en arrière sur la continuation de l'axe du détroit supérieur.

Pour le fœtus, les choses ne se passent pas si favorablement. D'abord il n'est « pas toujours facile, disent Farabœuf et Varnier, d'aller saisir la tête mobile au détroit supérieur ; il faut

l'avoir exécuté un grand nombre de fois ». En supposant cette première difficulté vaincue aisément, que se passe-t-il ?

La tête fœtale est immobilisée du front à l'occiput ; par suite, il ne faut guère compter sur le léger mouvement de déflexion et de refoulement dans une partie latérale du bassin, mouvement qui a pour but de mettre le bitemporal en rapport avec le diamètre rétréci antéro-postérieur du bassin. De plus, la courbure céphalique du forceps est destinée à s'adapter aux bosses pariétales. Or, d'un côté du bassin, on a l'occiput ; de l'autre, le front, où viennent se placer les cuillers : la prise est donc défectueuse. Ce n'est pas tout : la tête ne peut franchir le détroit supérieur parce que ses diamètres bi-temporal et bi-pariétal sont trop grands. Or, en saisissant le crâne du front à l'occiput et en articulant les branches du forceps, on exerce une compression sur le diamètre antéro-postérieur de la tête du fœtus et on augmente du même coup ses diamètres transverses déjà trop grands. La tête ne peut donc pas s'engager.

Nos observations viennent confirmer la théorie. Trois fois la tête a été mobile, et six applications de forceps (2 dans chaque cas) n'ont pu l'engager.

*b*) L'application a été oblique (Obs. II), c'est-à-dire que l'une des cuillers du forceps a été placée en arrière et à gauche au niveau de la symphyse sacro-iliaque, et l'autre en avant et à droite.

Par rapport au bassin, cette application oblique n'est pas parfaite. « Les tractions, dit M. Budin, ne peuvent être exécutées absolument dans l'axe du détroit supérieur. On tire un peu trop en avant et on perd ainsi un peu de la force dépensée ; ces tractions se rapprochent néanmoins beaucoup des tractions dans l'axe ». Pour le fœtus, quoique la tête soit prise suivant un diamètre oblique, il semble que la tête, n'étant pas fixée, le diamètre perpendiculaire à celui qui a été saisi par les cuillers

du forceps se déforme, augmente et, par suite, vient gêner l'engagement de la tête. De plus, comme dans l'application directe, il est permis de croire que, quand la tête est mobile au détroit supérieur, une application oblique immobilise la tête dans le sens transversal et la gêne dans son mouvement de déflexion, de refoulement et d'asynclitisme.

Das notren observation II, la tête, après avoir été saisie une première fois du front à l'occiput, avait été saisie obliquement. Dans les deux cas, le forceps dérapa. L'enfant, à la naissance, portait, d'une façon évidente, les marques du forceps dans la région fronto-pariétale. Cette observation prouve, sans aucun doute, que les causes qui ont amené l'insuccès dans l'application directe quant au bassin ont été les mêmes que celles qui ont fait déraper l'instrument en application oblique.

Nous avons passé sous silence, jusqu'ici, les difficultés que l'on rencontre dans l'application du forceps sur tête mobile au détroit supérieur. Les difficultés de l'application oblique sont énormes : dans les trois cas elle avait été tentée ; on n'y parvint qu'une seule fois.

« Si les opérateurs habiles, dit M. Budin, sont obligés, » comme on le voit en lisant des observations, de faire deux ou » trois applications de forceps pour réussir, qu'arrivera-t-il » pour les praticiens qui n'ont que rarement l'occasion d'em- » ployer le forceps, dans les bassins rétrécis » ?

Nous ne pouvons mieux terminer qu'en résumant l'opinion de M^me^ Lachapelle sur l'emploi du forceps au-dessus du détroit supérieur.

« Il faut bien distinguer, dit-elle, le cas où la tête est au-dessus du détroit abdominal de ceux où elle est déjà engagée dans ce détroit. Ces derniers, un peu plus difficultueux que si la tête était dans l'excavation, n'exigent point de soins particuliers. Mais lorsque rien n'est engagé dans l'excavation, l'application devient difficile et souvent dangereuse ».

*Difficile*, car : 1° la hauteur de la tête rend le diagnostic impossible et fait que souvent on agit en aveugle ; 2° la mobilité de la tête fait qu'elle fuit devant l'instrument et qu'elle est assez souvent saisie seulement par le bout du forceps ou bien seulement par un de ses bords, de sorte que, dès les premières tractions et les premières résistances, elle glisse entre les cuillers comme un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts.

3° Il est impossible, à cette hauteur, d'appliquer le forceps sur les côtés de la tête.

*Dangereuse*, car la prise de la tête étant mal assurée, par suite des difficultés ci-dessus énoncées, l'instrument peut glisser sur la tête, et si ce glissement a lieu brusquement et pendant de fortes tractions, les bords du forceps peuvent agir sur le col comme un instrument sciant, le couper plus ou moins profondément.

Nous n'avons pas eu, heureusement, à noter des accidents comme ceux signalés par Mme Lachapelle.

Avec la version, nous n'avons remarqué ni fracture des pariétaux, ni disjonction des vertèbres de la région cervicale, comme le rapportent certaines observations. A l'autopsie, le fœtus de l'observation V n'offrait qu'un vaste épanchement sanguin du côté de la bosse pariétale ; mais le bulbe était indemne de toute ecchymose, et les vertèbres cervicales, que nous avons examinées avec soin, ne présentaient aucune lésion.

Dans quatre cas, nous n'avons noté qu'une dépression plus ou moins marquée dans le voisinage des pariétaux.

Quant aux mères, les suites de couches ont été tout à fait normales. Aucune d'elles n'a présenté une élévation de température. Une seule d'entre elles (obs. IV), une demi-heure après la délivrance, a eu une hémorragie assez abondante qui a été facilement combattue.

## CHAPITRE III

Nous arrivons enfin à la troisième partie de notre travail :

**La tête est fixée au détroit supérieur.**

Avant tout, l'accoucheur doit se mettre en garde contre une erreur possible. « Il importe d'éviter l'erreur si souvent commise, dit Bouchacourt, de prendre la bosse sanguine s'allongeant à travers le rétrécissement pour la tête elle-même, alors que celle-ci reste toujours élevée et mobile. Avec le soin d'explorer attentivement et assez loin le pourtour de la base de cette saillie toujours plus ou moins molle et souvent considérable, en tâchant de retrouver les fontanelles et les sutures tant que la compression ne les aura pas effacées par le chevauchement des os, et la transformation anguleuse en une sorte de crête de la portion du crâne qui a pu s'engager, on évitera l'erreur et on fera la part au travail fait et à celui qui reste à faire ».

Quelle doit être la conduite du praticien en présence d'une femme à terme, présentant un bassin rétréci dans le diamètre antéro-postérieur, fœtus vivant et tête fixée?

Si la généralité des accoucheurs préfère le forceps à la version, quand on est forcé de faire un choix entre ces deux opérations, tous sont loin de s'entendre sur la façon dont le forceps doit être appliqué.

Disons d'abord que, par rapport au bassin, le forceps peut être appliqué de trois façons :

1° Sur les côtés du bassin, une branche à droite, une branche à gauche, la courbure de l'instrument regardant directement en avant : l'application est dite directe par rapport au bassin ;

2° Suivant un des diamètres obliques du bassin. La courbure de l'instrument ne regarde pas directement en avant : c'est l'application oblique ;

3° Enfin, l'instrument peut être appliqué dans le diamètre antéro-postérieur du bassin : une cuiller est derrière le pubis, l'autre devant le sacrum, la courbure regarde une des cuisses de la femme. C'est l'application antéro-postérieure.

Par rapport à la tête fœtale, l'application peut être :

1° Antéro-postérieure, quand une cuiller de l'instrument répond à l'occiput et l'autre au front ;

2° Oblique, quand l'application a lieu d'une région fronto-pariétale à la région pariéto-occipitale ;

3° Régulière, quand la tête est saisie d'un pariétal à l'autre.

Ceci posé, passons en revue le mode d'application de forceps préféré par les divers auteurs.

Smellie et Baudelocque faisaient toujours la prise régulière de la tête, c'est-à-dire d'une bosse pariétale à l'autre : dans ce cas, l'instrument est dans le diamètre antéro-postérieur du bassin. Baudelocque adressait certains reproches à la prise directe par rapport au bassin. Pour lui, cette façon d'appliquer le forceps rendait l'accouchement difficile en augmentant le diamètre céphalique en rapport avec le rétrécissement par la compression du diamètre opposé. En outre, il reprochait à ce mode d'application d'être dangereux pour le fœtus en comprimant du front à l'occiput une tête déjà comprimée latéralement par le sacrum et le pubis.

Mme Lachapelle, sur une tête en transversale et fixée, introduisait les cuillers de l'instrument l'une à droite, l'autre à gauche du bassin : elle faisait donc une prise directe quant au

bassin, antéro-postérieure quant au fœtus. En agissant ainsi, elle voulait à la fois que l'instrument évitât l'angle sacro-vertébral et que la tête descendit dans une direction presque transversale.

Jacquemier, à son tour, fit une critique des diverses manières d'appliquer le forceps au détroit supérieur :

L'application du forceps dans le diamètre antéro-postérieur du bassin lui semble très difficile, la tête étant fortement serrée entre l'angle sacro-vertébral et le pubis. De plus, il fait remarquer que la grande courbure des cuillers, qui regarde vers une des cuisses de la femme, n'est plus en rapport avec la courbure du bassin.

L'application oblique semble préférable à Jacquemier. Mais ce mode d'application pour lui n'est pas toujours facile. Jacquemier fait remarquer, en effet, qu'on est généralement appelé à intervenir sur une tête pressée fortement contre un rétrécissement et alors, quelle que soit la position de la tête, on est généralement conduit à placer les cuillers sur les côtés du bassin, c'est-à-dire à faire une application directe par rapport au bassin. Enfin, l'application oblique serait pour lui une opération mauvaise qui donnerait à l'accoucheur une prise moins sûre que l'application du front à l'occiput.

Quant à l'application directe par rapport au bassin, Jacquemier la considère comme la meilleure. L'introduction et l'articulation des branches se feraient facilement, l'extraction du fœtus se ferait sans danger ni pour la mère ni pour le fœtus lorsque l'obstacle au passage de la tête est de nature à être surmontée par des tractions modérées.

Cazeaux considère l'application antéro-postérieure par rapport au bassin comme impossible lorsque la tête est fixée au détroit supérieur. Quant au choix entre une application oblique et une application directe par rapport au bassin, Cazeaux est d'un avis tout opposé à celui de Jacquemier. Il considère

l'application oblique comme la meilleure des applications : quand la tête est placée transversalement dans un bassin rétréci d'avant en arrière, les cuillers ne pourraient se placer facilement qu'autant qu'on les dirigerait l'une derrière la cavité cotyloïde, l'autre au-devant de la symphyse sacro-iliaque, seuls espaces laissés vides par la tête.

Lepage, dans sa thèse (1), se montre très partisan de l'application régulière sur une tête en position transversale. Ce mode d'application, selon l'auteur, a un double avantage :

1° Donner à l'opérateur une prise plus solide de la tête ;

2° Amener la réduction du diamètre céphalique en rapport avec le rétrécissement du bassin, en même temps que l'allongement des diamètres antéro-postérieurs et verticaux de la tête fœtale.

M. Pinard (2), après avoir déconseillé l'application directe par rapport au bassin, et adopté l'application oblique, préféra plus tard l'application régulière, c'est-à-dire celle que son élève, le docteur Lepage, préconisait dans sa thèse.

Aujourd'hui, le Maître et l'élève ne pratiquent plus, sans symphyséotomie préalable, d'application de forceps au détroit supérieur rétréci.

Enfin, pour M. Charpentier (3), lorsque la tête placée transversalement au détroit supérieur a subi un commencement d'engagement, le forceps pourrait être appliqué de deux façons:

1° Obliquement par rapport au bassin, c'est-à-dire que les branches du forceps viennent prendre appui, d'un côté, sur la bosse frontale, de l'autre, sur la partie opposée de l'occipital.

2° Régulièrement quant à la tête, c'est-dire dans le diamètre

---

(1) *De l'application de forceps au détroit supérieur*, Paris, 1888.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(3) *Traité pratique des accouchements*, t. II page 782.

antéro-postérieur du bassin. Ce qui n'est pas toujours possible selon l'auteur.

Après ce coup d'œil sur les différentes manières d'appliquer le forceps, examinons les avantages et les désavantages que procurent les trois modes d'application dans un bassin rétréci d'avant en arrière.

Et d'abord l'application dans le diamètre antéro-postérieur du bassin.

La tête, étant placée transversalement et tendant à passer par son diamètre bi-pariétal ou par son diamètre bi-temporal, en appliquant une des cuillers en arrière au niveau du promontoire, l'autre en avant, en rapport avec la symphyse pubienne, on peut obtenir, dit-on, une réduction des diamètres transverses du crâne. Mais qu'arrive-t-il?

La tête, qui est quelque peu fixée, qui a commencé à s'engager, est déplacée ; il est impossible d'introduire les cuillers sans repousser la tête, qui appuie contre le promontoire en arrière, contre le pubis en avant. Une fois le crâne fœtal soulevé, les partisans de l'application antéro-postérieure conseillent alors de le fléchir. Or, avec la main, la chose, paraît-il, est très difficile ; aussi, pour exécuter ce premier temps de l'opération, on est obligé de faire une première application de forceps.

En admettant que l'accoucheur parvienne à saisir la tête fléchie, qu'arrivera-t-il? C'est que le diamètre de la tête fœtale qui se présente maintenant au diamètre rétréci du bassin, au lieu d'être le petit diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin, sera le diamètre bi-pariétal qui est plus grand. L'engagement ne pourra donc plus se faire.

Ce n'est pas tout : avant la prise régulière de la tête, cette dernière avait subi certaines transformations, des pressions, des enfoncements qui avaient diminué jusqu'à un certain point le diamètre bi-temporal, en un mot, la tête avait fait du chemin à travers le détroit rétréci. L'application dans le diamètre

antéro-postérieur du bassin, en refoulant la tête, l'expose à perdre les avantages qu'elle a déjà acquis.

Comme on le voit, cette application est loin de favoriser le mécanisme naturel par lequel la tête tend spontanément à traverser un bassin rétréci. Même en supposant, comme le veulent les partisans de la méthode, qu'une bonne prise diminue les diamètres transverses de la tête fœtale, il ne reste pas moins certain « que la branche postérieure du forceps, ainsi que le disent Farabeuf et Varnier, ponte l'excavation sacrée et empêche la tête d'accomplir ses mouvements d'asynclitisme ».

D'ailleurs, la réduction du diamètre antéro-postérieur, ainsi obtenue, serait toujours faible et peut-être largement compensée par l'épaisseur des branches du forceps (en avant du sacrum et surtout en arrière de la symphyse).

Si nous examinons maintenant ce qui se passe du côté du bassin, quand le forceps est appliqué dans son diamètre antéro-postérieur, nous voyons que la courbure de l'instrument, au lieu d'être en rapport avec l'axe du bassin, se trouve dirigée vers une des cuisses de la femme. « Dès lors, dit Budin, la » traction dans l'axe sera impossible. L'axe du détroit supé- » rieur est dirigé suivant une ligne qui irait de l'ombilic vers » l'articulation sacro-coccygienne. Si les cuillers sont placées » en avant et en arrière, non seulement leur courbure pel- » vienne, mais encore la courbure périnéale des tiges de trac- » tion, se trouvent dirigées de côté. L'instrument ne peut plus » agir que comme un forceps droit et le périnée apporte un » obstacle absolu aux tractions dans l'axe du détroit supérieur » on tire beaucoup trop en avant ».

Enfin, cette prise régulière de la tête fœtale présente de graves dangers : « Les cuillers du forceps, dit Farabeuf, agissent sur la tête fœtale comme les branches d'un porte-crayon agissent sur le crayon lui-même quand on pousse l'anneau ». D'après ses calculs, la force exercée sur la tête fœtale serait

égale à la force de traction multipliée par 10, c'est-à-dire que la pression subie par la tête serait de 400 kilos lorsque la traction est de 40 kilogr.

En résumé, l'application du forceps dans le diamètre antéro-postérieur du bassin est dangereuse pour l'enfant et la mère : « Ce ne sont là que des basiotripsies déguisées, dit le professeur Charles » (1). A la Société obstétricale de Paris (2), Porack a rapporté un fait où une application du forceps suivant le diamètre antéro-postérieur avait déchiré le cul-de-sac postérieur du vagin.

L'application directe par rapport au bassin donne-t-elle de meilleurs résultats ?

Au point de vue du bassin, cette application est parfaite : la courbure de l'instrument regarde en avant, les tractions sont faites dans l'axe du bassin.

Quant à la tête fœtale, plus les cuillers sont appliquées fortement sur le front et l'occiput, plus le diamètre transverse de la tête et, par suite, les résistances au passage de la tête augmentent.

Quoi qu'il en soit, beaucoup d'accoucheurs appliquent ainsi le forceps. M. Auvard est de ce nombre.

Reste l'application oblique quant au bassin et à la tête. Nous avons vu que, lorsque la tête était mobile au détroit supérieur une application oblique immobilise la tête et la gêne dans ses mouvements ; que, de cette façon, on est loin d'imiter le mécanisme naturel de l'accouchement dans les bassins rétrécis.

Mais sur une tête fixée, sur celle par exemple qui a déjà commencé un mouvement de flexion et d'asynclitisme, les choses se passent bien autrement et d'une façon très avantageuse pour la terminaison de l'accouchement.

---

(1) *Journal d'accouchements*, 26 janvier 1896.

(2) Séance du 10 novembre 1892.

D'abord, en plaçant les cuillers, l'une devant la symphyse sacro-iliaque, l'autre dans le voisinage de l'éminence ilio-pectinée du côté opposé, l'accoucheur ne risque pas de déplacer la tête, puisqu'il introduit l'instrument là où il n'y a pas de contact entre la tête et la ceinture osseuse. De plus, si, au point de vue du bassin, l'application n'est pas absolument parfaite, les tractions sont sensiblement exécutées dans l'axe du détroit supérieur.

Pour la tête fœtale, « il est certain, dit M. Budin, que, dans » ces conditions, elle n'est pas saisie aux deux extrémités » de son diamètre bi-pariétal, mais suivant un diamètre obli- » que. Les deux cuillers qui s'enfoncent dans les parties » molles, dans les téguments recouvrant le crâne, prennent » leur point d'appui, l'une un peu en arrière de l'oreille, sur » l'apophyse mastoïde, l'autre, un peu en avant de l'oreille, du » côté opposé. Dans ces conditions, la tête a toujours son » diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin en rapport avec » le diamètre rétréci du bassin ; de plus, rien de ce qui a été » acquis par les contractions utérines n'est détruit, on bénéficie » des déformations plastiques ; on se contente d'ajouter une » nouvelle force, une vis *a fronte* à la vis *a tergo* insuffisante ».

Ces considérations sur l'application oblique ont été confirmées par les expériences de Budin, Maygrier, Crouzat, Bonnaire et Vallois. Les faits cliniques que nous rapportons sont aussi en faveur de l'application oblique.

### Observation Première

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Vallois

Femme à terme. — Tête fixée au détroit supérieur en position transversale. — Diamètre promonto-pubien 8 1/4 à 8 1/2. — Application oblique de forceps = Enfant vivant.

La nommée G..., femme R..., âgée de 34 ans, entre à la Maternité de Nancy, le 16 janvier 1892, à 8 heures et demie du matin.

La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les battements fœtaux se font entendre à gauche.

Au toucher, on sent que le col est dilaté comme une pièce de 5 francs.

La poche des eaux est saillante.

On atteint facilement le promontoire.

A 3 heures 30 de l'après-midi, la dilatation est complète, la poche des eaux est toujours saillante.

A 6 heures, a eu lieu la rupture de la poche des eaux.

A 6 heures 15, le col se reforme ; *la suture sagittale est très près du promontoire* (asynclitisme antérieur de Nægelé).

Même état pendant la nuit.

Le 17 janvier, à 8 heures du matin, le col est complètement dilaté.

Il y a un commencement de chevauchement ; la grande fontanelle à droite est seule accessible.

M. Vallois fait une application de forceps.

La branche gauche, qu'il aurait voulu placer directement en arrière, en vue d'une prise régulière, glisse légèrement et se place à gauche ; la cuiller droite est amenée derrière l'éminence ilio-pectinée droite.

La tête est en position G. T.; elle est saisie obliquement.

La courbure du forceps regarde en avant et à gauche.

La tête descend sous l'influence de tractions; le forceps tend à se relever et tourne en avant.

La tête est dégagée.

Pendant le dégagement, la courbure du forceps regarde directement en avant, l'occiput est un peu à gauche de la ligne médiane.

Le travail a duré 28 heures.

La délivrance est artificielle, à cause des adhérences.

L'enfant est ranimé facilement.

Il présente dans la région temporale droite une sorte d'hématome provenant de la compression de cette région contre la symphyse pelvienne.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,100 gr.

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre de la tête | SOM . . . . . | 13 |
| — | — OM . . . . . | 12 |
| — | — OF . . . . . | 11 |
| — | — So Br. . . . . | 10 1/2 |
| — | — Bi P . . . . . | 9 |
| — | — Bi T. . . . . | 7 |
| Diamètre du bassin promonto-pubien . . . | | 8 1/5 à 8 1/2 |
| Diamètre conjugué externe . . . . . | | 16 1/2 |
| Diamètre bi-épine . . . . . | | 26 |
| Diamètre bi-crête . . . . . | | 24 1/2 |

### Observation II

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Vallois

Femme à terme. — Tête fixée au détroit supérieur en transverse. — Diamètre promonto-pubien = 9. — Application oblique = Enfant mort.

La femme S..., 24 ans. Primipare.

Femme de constitution robuste, mais de très petite taille ; membres courts, épais, mais droits ; « dit avoir été nouée dans

son enfance quelque temps, après avoir commencé à marcher ».

Les dernières règles ont eu lieu le 15 avril 1893.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Entre en travail le 13 janvier 1894, à 6 heures du matin.

A midi, les douleurs sont devenues intenses. Une sage-femme est appelée, qui rompt la poche des eaux à 4 heures de l'après-midi. De plus, la sage-femme a donné de l'ergot de seigle.

Les douleurs deviennent de plus en plus fortes.

A 8 heures, l'accouchement n'avançant pas, on appelle un médecin, qui fait sans succès deux applications de forceps.

A 11 heures, la femme est amenée à la Maternité de Nancy.

A son entrée, on constate que les contractions sont fortes et fréquentes ; par moments, l'utérus semble tétanisé.

L'auscultation, faite avec grand soin, ne permet pas d'entendre les bruits fœtaux.

On note de l'œdème de la paroi abdominale.

La suture sagittale est dans le diamètre transverse du bassin ; la *grande fontanelle est à droite et est seule accessible.*

La bosse sanguine, volumineuse, descend dans l'excavation et masque la partie moyenne de la suture sagittale. Il n'y a plus de col.

Même état des contractions jusqu'à une heure du matin.

On fait appeler le docteur Vallois, qui procède à une application de forceps sous anesthésie chloroformique.

La branche gauche est introduite la première. La tête, qui est en O I G T, est saisie obliquement.

L'introduction et l'articulation des branches ne présentent pas de difficultés.

La courbure du forceps regarde en avant et à gauche.

Des tractions soutenues, mais modérées, sont exercées sur l'instrument. La tête descend dans l'excavation. Arrivée sur le

plancher périnéal, elle accomplit aisément sa rotation, puis se dégage en occipito-pubienne.

Le dégagement des épaules est très difficile. Le périnée, respecté par la tête, est déchiré par le passage des épaules. Cette déchirure, qui est peu étendue, est suturée une heure après la délivrance.

L'enfant vient au monde mort ; il est du sexe féminin et pèse 3340 grammes.

Il existe une dépression sur le pariétal gauche, produite par le promontoire.

Les os chevauchent considérablement.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Diamètre de la tête | | Maximum. . | 14 5 |
| — | — | SOF . . . . | 9 |
| — | — | So Br. . . . | 8 |
| — | — | OF . . . . | 12 5 |
| — | — | Bi P . . . . | 8 5 |
| — | — | Bi T . . . . | 7 5 |

Délivrance artificielle.

La femme a une élévation thermique le troisième et le quatrième jours.

Elle sort du service complètement guérie.

### Observation III

Dr Budin. — Leçon faite à la Charité. 1892.

Femme à terme. — Tête fixée au détroit supérieur. — Diamètre promonto-pubien, minimum = 9. — Application oblique de forceps. = Enfant vivant.

La nommée B... primipare, entre à l'hôpital le 29 novembre 1892. Elle est admise à 4 heures du matin, car elle avait été prise de douleurs dans la nuit.

A son entrée, le sommet est en OIGT ; les membranes sont

rompues et la dilatation de l'orifice utérin mesurait de 4 à 5 c.

Le 30 au matin, bien que cette femme eût été en travail pendant toute la journée précédente, la dilatation n'était que de 8 cent.

Les bruits du cœur étaient devenus irréguliers, l'enfant souffrait.

La tête reste toujours en transversale et peu fléchie au détroit supérieur.

Je résolus de faire une application de forceps pour sauver la vie de l'enfant et sauvegarder l'existence de la mère, compromise par la longueur exagérée du travail.

Cette application a été oblique, c'est-à-dire que la tête étant dirigée transversalement, j'ai mis la branche gauche du forceps en arrière et à gauche, au voisinage de la symphyse sacro-iliaque, mais plutôt un peu en arrière ; la branche droite fut amenée en avant et à droite. J'avais évité de refouler l'extrémité céphalique.

En pratiquant le toucher, j'avais antérieurement constaté qu'il existait sur la tête, au niveau de la région pariéto-temporale, une dépression, un enfoncement produits par l'angle sacro-vertébral : la tête *étant ainsi fixée entre la saillie faite* par le promontoire d'une part et par la branche horizontale d'autre part. L'introduction des cuillers terminée, j'articulai, je serrai progressivement et fortement la vis, puis je mis le tracteur. J'attendis l'arrivée d'une contraction, je tirai assez fortement, et la tête descendit dans l'excavation. Le mouvement de rotation fut accompli et je terminai avec lenteur le dégagement. Il n'y eut aucune lésion du périnée.

L'enfant, du sexe masculin, se trouvait en état de mort apparente ; il fut assez vite ranimé. Il pesait 3,650 grammes.

Diamètre Bi P = 9,1
— Bi T = 7,75

Au niveau de la suture fronto-pariétale gauche qui se trouvait en rapport avec l'angle sacro-vertébral on voyait l'enfoncement assez marqué dont on avait reconnu l'existence par le toucher. Du côté opposé, sur le pariétal droit, il y avait une ligne rouge, horizontale, due à la pression continue que la tête avait subie contre le pubis.

Le diamètre de la tête, qui allait du fond de la dépression à cette ligne rouge, était de 7,6.

Quant aux branches du forceps on voyait les traces de leur application. A gauche, la cuiller s'était trouvée sur l'oreille qu'elle avait débordée en arrière ; elle avait pris son point d'appui sur l'apophyse mastoïde du temporal. Elle s'était donc trouvée en arrière du diamètre maximum.

A droite, la cuiller mise en rapport avec la région pariéto-frontale avait imprimé sa marque sur la bosse frontale et sur l'arcade orbitaire.

Elle avait été appliquée bien en avant de l'oreille, en avant du diamètre maximum.

La mère est sortie ainsi que l'enfant, bien portants de l'hôpital. Ce dernier ne présentait plus la dépression du crâne et les traces des cuillers avaient complètement disparu.

### Observation IV

Docteur Budin. — Leçon faite à la Charité, 1892.

Femme à terme. — Tête fixée au détroit supérieur en transverse. — Diamètre promonto-pubien = 9. — Application oblique = Enfant vivant.

Primipare, âgée de 22 ans, à terme, entre à une heure de l'après-midi à l'hôpital.

Les douleurs avaient commencé depuis 6 heures du matin.

L'enfant se présentait par le sommet, qui était mobile au détroit supérieur.

Les membranes étaient intactes et la poche des eaux volumineuse.

A 5 h. 1/2, la dilatation était complète, les membranes se rompirent et l'orifice utérin revint sur lui-même.

La tête placée transversalement commença à s'engager quelques instants après ; mais, malgré des contractions très violentes et subintrantes, l'accouchement ne se faisait pas.

L'enfant souffrait, le liquide amniotique sortait teinté de méconium et les bruits du cœur devenaient irréguliers.

Après avoir refusé tout d'abord toute intervention, la parturiente accepta ce qui était nécessaire pour sauver son enfant.

A 8 h. 1/2 du soir, je fis une application oblique de forceps. une cuiller était placée en arrière et à gauche, l'autre en avant et à droite.

Au moment d'une contraction, je tirai, en même temps que des pressions étaient exercées sur le fond de l'utérus.

La tête descendit dans l'excavation, elle exécuta son mouvement de rotation et, après deux tractions coïncidant avec des tractions utérines, l'enfant fut extrait sans qu'il se produisit la moindre lésion vulvaire.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 3,500 gr.

Diamètre Bi P. . . 9
Diamètre Bi T. . . 7,8

Sur le côté gauche de la tête, il existait au niveau de la suture fronto-pariétale, une dépression dans laquelle s'était logé l'angle sacro-vertébral.

Du côté droit il y avait une ligne rouge correspondant au bord postérieur du pubis.

Du côté gauche du crâne, la branche gauche avait été appliquée sur l'oreille et un peu en arrière elle était venue prendre point d'appui sur l'apophyse mastoïde. Du côté opposé,

la cuiller droite avait été placée plus en avant sur l'oreille et sur la région préauriculaire.

Le bassin de la femme mesurait dans son diamètre promonto-sous-pubien 10 cent. 1/2.

Le promontoire faisait une saillie très marquée, le sacrum était concave.

---

## CONCLUSIONS

Une femme à bassin modérément rétréci d'avant en arrière est à terme et en travail ; elle refusera catégoriquement la symphyséotomie; son enfant est vivant et se présente par le sommet. Que doit faire l'accoucheur ?

Si la tête qui est arrêtée au détroit supérieur ne semble pas déborder fortement la symphyse pubienne, attendre en ménageant avec grand soin la poche des eaux et se souvenir des cas heureux que nous avons rapportés. La durée de l'expectation sera basée sur le degré de disproportion entre la tête fœtale et le diamètre antéro-postérieur du bassin, sur l'état des contractions utérines, enfin sur l'état des battements fœtaux.

Si les contractions se montrent impuissantes, si la mère s'épuise, si le fœtus souffre, il est indiqué d'intervenir.

La tête est-elle mobile au-dessus du détroit supérieur? L'accoucheur aura recours à la version, sans tentative préalable de forceps.

Le rétrécissement est-il seulement annelé, le bassin est-il large latéralement (deux circonstances favorables à la manœuvre de Champetier de Ribes), enfin la disproportion entre les deux facteurs (tête et bassin) est-elle sensible (bassin entre 7 1/2 et 8 cent. peu favorables, par conséquent, à l'expulsion spontanée), on accordera moins de temps à l'expectation, et l'opérateur sera autorisé à tenter plus tôt la version, afin de se mettre dans les meilleures conditions pour pratiquer cette opé-

ration. Il en sera de même quand l'histoire obstétricale de la femme montrera que dans les accouchements antérieurs la version a réussi, alors que le forceps venait d'échouer.

Enfin, l'accoucheur est-il appelé à intervenir sur une tête fixée au détroit supérieur, il s'adressera au forceps, et parmi les trois manières de placer l'instrument, il donnera la préférence à l'application oblique, par rapport au bassin, laquelle, sur une tête en transversale, prendra cette dernière de la région fronto-pariétale d'un côté à la région pariéto-occipitale du côté opposé.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 13 juillet 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1898
Le Doyen,
L. VIALLETON

# INDEX BILIOGRAPHIQUE


Demelin. — Conduite à tenir dans les rétrécissements rachitiques du Bassin. (Arch. de Tocol., septembre 1895).

N. Charles. — Des applications multiples de forceps et des tractions violentes exercées sur cet instrument. — De la version de seconde main. (Journal d'accouchements, 26 janvier 1896).

Sechab. — Statistique des applications de forceps faites à la Maternité de Lariboisière. (L'obstétrique, 1896).

Cocq. — Des dangers qu'offre pour l'enfant l'application de forceps dans les détroits supérieurs. (Journal accouchements, 1896).

Budin. — Leçon faite à la Charité. (Progrès Médical, mars 1892).

Waisseige (Liège). — Traité pratique des opérations obst., 1881.

Ahfeld. — Leipzig, 1883. (Arch. f. Gyn.)

Delore. — Traité pratique de l'art des accouchements, p. 440 et suivantes.

Depaul. — Art. Bassin. (Dictionnaire encyclop.)

Bouchacourt. — Dystocie. (Dictionnaire encyclop.)

Boy. — Accouchements prématurés dans les vices du bassin. (Thèse de Paris, 1871).

Budin. — Obstétrique et Gynécologie.

— Femmes en couches et nouveau-nés.

Cazeaux. — Traité d'accouchements.

Champetier de Ribes. — De la version pelvienne dans les rétrécissements du bassin. (Thèse de Paris).

Chantreuil. — Clinique obst. de Simpson.

Goodell. — Soc. obst., 1875.

Grisel. — De la version dans les bassins rétrécis. (Th de Paris, 1883).

Lardemer. — Parallèle entre le forceps et la version dans les rétrécissements du bassin.

Simpson. — Clinique obstétricale. (Trad. Chantreuil, 1874, p. 374).

Tarnier. — Parallèle de la version et du forceps dans les bassins rétrécis. (Cours d'ouverture, 1887).

Depaul. — Bassin vicié. (Diction. encyclop des sciences médicales).

Charpentier. — Bassin vicié, t. II.

Budin. — Lésions maternelles consécutives à l'intervention dans les bassins rétrécis. (Thèse de concours, 1880).

Fochier. — Sur les applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur, mai 1897.

Jacquemier. — Traité d'accouchements, 1846.

Joulin. — Des avantages et des inconvénients de la version et de l'application du forceps dans les rétrécissements du bassin. (Mém. Acad. méd., 1865, t. XXXIII).

Lachapelle (M^me^). — Pratique des accouchements, 1821. (3 vol).

Toth. (S.) — De l'emploi de forceps, la tête étant en position élevée particulièrement dans les bassins rétrécis. (Semaine médicale, mars 1898).

Champetier de Ribes. — De la version pelvienne dans les bassins rétrécis. (Thèse de Paris, 1897).

Mathers Duncan. — Obstetrical journal of Great Britain, avril 1878.

Goodell. — The mecanism of natural and artificiel labour ni narrow pelvis. (Médical cong., 1878).

Maillard. — Parallèle entre le forceps et la version dans les rétrécissements du bassin. (Thèse de Paris, 1868).

Pajot. — Thèse d'agrégation, 1853.

Rigaud. — Bassins viciés, 393 cas. (Thèse de Paris).

Schweighœuser. — Mémoires sur le forceps, 1799.

Simpson. — Cliniq. obstétricale, 1873.

Stanesco. — Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin. (Thèse de Paris, 1869).

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*